Rok XLVII. Kraków, dnia 3. października 1908. Nr 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych (IB) krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Prątki durowe we krwi i dodatni odczyn Gruber-Widala w przebiegu ropnicy (Pyämia).

Podał

Prymaryusz Dr Antoni Krokiewicz.

W artykule »Ueber das Vorkommen von Typhusbacillen im Blute von nicht typhuskranken Personen«, umieszczonym w 21 numerze »Czasopisma lekarskiego monachijskiego« (Münchener med. Wochenschrift, Nr 21, 1908), donosi Busse na podstawie badań w królewskim instytucie higienicznym w Poznaniu, iż prątki tyfusowe mogą się niewątpliwie znajdować we krwi chorych, którzy nie są dotknięci durem brzusznym. U dwóch chorych, gdzie za życia stwierdzono prątki Eberth-Gaffkyego we krwi zapomocą hodowli, a obraz kliniczny przemawiał za durem brzusznym, sekcya wykazała gruźlicę prosówkową jako jedyną chorobę i przyczynę śmierci. W jednym przypadku gruźliczych owrzodzeń, gdzie stanowczo można było wykluczyć dur brzuszny, wyhodowano ze krwi prątki durowe. Podobnie i w czwartym przypadku (u mężczyzny murzyna) w przebiegu zapalenia włóknikowego dolnego płatu płuca prawego — gdzie jako objaw wystąpiła w pierwszych dniach biegunka, wzbudzająca podejrzenie na dur brzuszny, co jednak dalszy przebieg kliniczny stanowczo wykluczył — we krwi wykazano obecność prątków tyfusowych. We wszystkich przypadkach odczyn Gruber-Widala był ujemny. Wobec faktu podniesionego między innymi i przez Jürgensa, iż w kale ludzi, zwłaszcza u suchotników — znajdują się częstokroć prątki durowe w czasie epidemii duru brzusznego, chociaż ludzie ci wcale nie przechodzili tej choroby, uważa Busse owrzodzenia w jelicie jużto na tle gruźliczem, jużto na tle nieżytowem jako wrota dla przedostania się prątków durowych do naczyń krwionośnych jelitowych, a tem samem następnie i do ogólnego krążenia krwi.

Spostrzeżenia Bussego co do pojawienia się prątków durowych we krwi u chorych nietyfusowych nie są odosobnione. Busse przytacza przypadek z kliniki Krehla, gdzie u chorego na podstawie otrzymanej hodowli prątka durowego ze krwi rozpoznano za życia tyfus brzuszny, a sekcya stwierdziła gruźlicę prosówkową *(tuberculosis miliaris)*.

W miesiącu lipcu b. r. spostrzegałem na oddziale moim przypadek chorobowy, który stanowi potwierdzenie zapatrywania Bussego, iż obecność prątka durowego we krwi nie musi stanowić w każdym przypadku kryteryum rozpoznawczego dla duru brzusznego.

Karol L., l. 16, wyrobnik ze Suchy, został przyjęty na oddział dnia 4. VII. b. r. w stanie znacznego odurzenia; z tego też powodu brak wszelkich wywiadów.

Badanie dnia 5. VII. wykazało stan następujący: Budowa i odżywienie liche. Skóra smagława, blada, sucha; brak jakiejkolwiek osutki; ciepłota ciała 40° C, język obłożony, podsychający.

Klatka piersiowa płaska. Dolna granica płuca prawego w linii sutkowej na 6 żebrze, a lewego na czwartem żebrze; z tyłu w linii przykręgowej granica dolna płuc na dolnym brzegu 10. żebra, ruchoma. Wypuk wszędzie jawny, szmery oddechowe zaostrzone, pokryte dość licznymi świstami i furczeniami; liczba oddechów 20.

Serce prawidłowych rozmiarów. Uderzenie koniuszkowe serca niewidzialne i niewyczuwalne; tony serca głuche; tętno 100, drobne, miękkie, regularne.

Brzuch prawidłowo wysklepiony, tkliwy. Wątroba nie powiększona; śledziona duża, dość miękka. W jelitach mierna ilość gazów i kału.

Pęcherz moczowy rozszerzony, sięga do pępka, bolesny. Oddawanie moczu utrudnione; mocz mętny oddziałuje kwaśno, zawiera chlorki zmniejszone i sporą ilość białka; odczyn dwuazowy Ehrlicha dodatni.

Senzoryum zajęte; chory bardzo odurzony i nie odpowiada na pytania; źrenice równe i leniwo oddziałują na światło.

Gruczoły obwodowe prawidłowe.

5. VII. Pod wieczór gorączka 39° C; zresztą s. i.

6. VII. Ciepłota rano 39° C, a wieczorem 38° C; tętno 100. Na wardze dolnej opryszczka *(herpes)*. Język suchy; przed wieczorem silne dreszcze i wymioty; brzuch zapadły.

7. VII. Ciepłota rano 39,8° C, a wieczorem 37,6°; tętno 100, drobne; noc spokojna; brzuch zapadły.

8. VII. Ciepłota rano 38° C, a wieczorem 38,2° C; tętno 90; majaczenia; język suchy, brak stolca. Chory bardzo odurzony i oddaje mocz pod siebie bezwiednie; źrenice równe, leniwo oddziałują na światło. Zarządzono badanie bakteryologiczne krwi, które wykonał uproszony Dr F. Eisenberg, asystent higieny na Uniw. Jag.

9. VII. Ciepłota rano 37,9° C, a wieczorem 37° C; tętno 86, regularne, miękkie; odurzenie znaczne; chory spokojny; jeden zwykły stolec; brak osutki na skórze; opryszczka na wardze przysycha.

10. VII. Ciepłota rano 37,3° C, a wieczorem 36,8° C; tętno 100, drobne, miękkie; język suchy; wymioty, odurzenie; ogólna przeczulica; źrenice równe, prawie nie oddziaływują na światło. Wynik badania bakteryologicznego krwi: Hodowla bakteryi tyfusowych ze krwi dodatnia; odczyn Gruber-Widala dodatni przy rozcieńczeniu 1/50, 1/100 i 1/200.

11. VII. Ciepłota rano i wieczorem 36° C (stan bezgorączkowy); tętno 108; jeden stolec zwyczajny; chory odurzony, mocz oddaje bezwiednie pod siebie; język suchy; w płucach liczne świsty i furczenia i rozsiane rzężenia; liczba oddechów 26; brzuch zapadły.

12. VII. Ciepłota rano i wieczorem 36° C; tętno 108, drobne, bardzo miękkie, regularne. Chory majaczy i krzyczy przez całą noc i w dzień. Popołudniu czkawka, wymioty, *facies Hippocratis*.

13. VII. Wśród ogólnego zapadu — zejście śmiertelne.

Rozpoznanie kliniczne ze względu na wynik badania bakteryologicznego opiewało: *Typhus abdominalis*. Wobec silnego zapadu nasuwało się podejrzenie na powikłanie z krwotokiem wewnętrznym i pęknięciem jelita w następstwie owrzodzeń durowych.

Sekcya zwłok wykonana w Zakładzie anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego dnia 14. VII. b. r. wykazała:

Rozpoznanie anatomiczne: *Pyämia. Nephritis apostematosa ambilateralis. Urethritis et cystitis catarrhalis ac. Abscessus lobi superioris pulmonis sin. Pleuritis circumscripta fibrinosa sinistra. Degeneratio parenchymatosa hepatis et musculi cordis. Tumor lienis subacutus.*

Budowa mierna; odżywienie liche. Skóra blada. Tkanka podskórna, kości, stawy, mięśnie, naczynia obwodowe, czaszka, opony mózgowe, mózg, móżdżek, most Warola i rdzeń przedłużony: bez zmian. Śródpiersie prawidłowe. Jamy opłucnowe próżne nie zawierają zrostów. Opłucna płuca lewego w kilku miejscach na ograniczonej powierzchni przyćmiona i pokryta skąpymi złogami włóknikowymi. Płuco prawe zmian nie okazuje. Płuco lewe w górnym płacie w miejscu odpowiadającem przyćmionej opłucnej, okazuje ognisko, wielkości orzecha laskowego, bezpowietrzne, kruche, barwy żółtawo-szarej, z którego za uciskiem wydziela się ciecz ropna. W płacie dolnym płuca lewego — również w miejscach, odpowiadających przyćmieniu opłucnej — widoczne dwa ogniska, każde wielkości orzecha laskowego, ciemno-szare, dość kruche, wydzielające ciecz mętną, bezpowietrzną, szarawo-czerwoną. Błona śluzowa oskrzeli różowa, gładka. Gruczoły oskrzelowe, gardło, gruczoł tarczowy, krtań, tchawica, naczynia płucne zmian nie okazują. Worek osierdziowy zawiera pół łyżki cieczy jasnej. Osierdzie, nasierdzie gładkie, lśniące; tkanka podnasierdziowa bez zmian. Komórka i przedsionek lewy skurczone, okazują ścianę prawidłowej grubości, zastawki cienkie, gładkie, lśniące. Komórka i przedsionek prawy nie rozszerzone, zastawki prawidłowe. Tętnica główna i żyły główne bez zmian.

Jama brzuszna próżna; otrzewna gładka, lśniąca; ułożenie trzew prawidłowe. Śledziona miernie powiększona, torebka cienka, pomarszczona, miąższ różowy, kruchy. Nerki obie miernie powiększone, bardzo wiotkie; miąższ zasiany mnogimi ropniami, dochodzącymi wielkości grochu, o rysunku zupełnie zatartym. Miedniczki i kieliszki miernie rozszerzone, błona śluzowa silnie nastrzykana, rozpulchniona.

Nadnercza, trzustka: bez zmian.

Wątroba okazuje miąższ przyćmiony, rysunek utrzymany. Woreczek żółciowy i przewody żółciowe bez zmian.

Przełyk, żołądek: bez zmian. W jelicie cienkiem grudki samotne nieco powiększone; kępki Peyera przedstawiają stan »siatkowaty« i zabarwione są szarawo; zresztą błona śluzowa bez zmian. Nigdzie w jelicie cienkiem nie widać żadnych wyraźnych śladów po przebytym durze jak n. p. blizn i t. p. Jelito grube, kątnica, wyrostek robaczkowy bez zmian. Moczowody: błona śluzowa silnie nastrzykana, rozpulchniona. Pęcherz zawiera mocz mętny; błona śluzowa rozpulchniona, nastrzykana. Części płciowe bez zmian.

Rozpatrując bliżej nasz przypadek chorobowy musimy przyznać, iż przebieg kliniczny przemawiał rychlej za chorobą ostrą zakaźną, ujawniającą się głównie przypadami mózgowymi a nie za durem brzusznym. W czasie 10-dniowego spostrzegania klinicznego można było zauważyć prócz atypowej gorączki i ogólnego odurzenia: opryszczkę na wardze dolnej, ogólną znaczną przeczulicę, wymioty powtarzające się, brzuch zapadły, brak rozwolnienia i osutki na skórze, pęcherz moczowy rozszerzony po pępek i mimowolne oddawanie moczu, ogólny zapad bez objawów krwotoku kiszkowego i zapalenia błony brzusznej. Rozpoznanie kliniczne duru brzusznego opierało się na wyniku badania bakteryologicznego t. j. na wyhodowaniu prątka Eberth-Gaffkyego ze krwi i na dodatnim odczynie Gruber-Widala przy rozcieńczeniu 1/200. Natomiast sekcya wykluczyła wogóle dur brzuszny, a stwierdziła jako sprawę chorobową i przyczynę śmierci pojedyncze ogniska ropne w płucu lewem i bardzo liczne ropnie rozsiane w nerkach, a więc ogólną ropnicę *(pyämia)*. Przypadek nasz również poucza, iż nietylko dodatni odczyn Gruber-Widala, co już niejednokrotnie zostało podniesione, ale nawet i wykazanie prątków durowych we krwi nie zawsze stanowi pewny dowód dla istnienia duru brzusznego. Niemniej przypadek nasz zasługuje na uwagę i z tego względu, iż przy wyraźnym odczynie Gruber-Widala (1:200), (który należałoby odnieść z wszelkiem prawdopodobieństwem do dawniej przebytego duru brzusznego) — mogą we krwi krążyć świeże prątki durowe, co dowodzi, że aglutyniny durowe nie stanowią czynnika uodporniającego przeciw zarazkom durowym.

W jaki sposób dostały się zarazki durowe do krwi, nie dają wyjaśnienia oględziny pośmiertne. Prawdopodobnie jednak wobec zmian nieżytowych w jelicie cienkiem nieznaczne ubytki błony śluzowej na tle nieżytu mogły stanowić odnośne wrota.

Nowy sposób leczenia nadżerek na części pochwowej macicy zapomocą przeszczepiania nabłonka pochwowego.

Podał

Dr Wiktor Frommer we Wiedniu.

Mimo licznych zabiegów leczniczych i środków, których używamy do usunięcia nadżerek na części pochwowej macicy, nie zawsze udaje się je usunąć i każdy wie z własnego doświadczenia, ile cierpliwości musi niejednokrotnie posiadać lekarz i chora, aby wygoić uporczywą nadżerkę. Jakkolwiek nadżerki występują po większej części jako objaw lub skutek zapalenia błony śluzowej szyjki macicznej lub jej jamy — pominąwszy przyczyny urazowe lub mechaniczne — to przecież zdarza się niejednokrotnie, a nawet wcale często, że zapalenie błony śluzowej już dawno ustąpiło, a nadżerki jeszcze długi czas się utrzymują i mimo całej staranności w leczeniu i używania rozmaitych środków żrących, jak azotanu srebra, octu drzewnego, rozczynu chlorku cynkowego, nastoju jodu i t. d. nie udaje się osiągnąć pożądanego wyniku.

Stosunki patologiczno-anatomiczne powstawania nadżerek na części pochwowej macicy oraz sposób gojenia się ich w przypadkach, w których zapalenie już ustąpiło, podały mi myśl leczenia nadżerek zapomocą przeszczepiania nabłonka pochwowego.

Jakkolwiek dotychczas wykonałem tylko jedną [1]) próbę, a w przypadku tym udało mi się wygoić nadżerkę z najlepszym skutkiem, to przecież teoretyczne względy pozwalają mi już dzisiaj przesądzić, że przeszczepianie nabłonka pochwowego powinno mieć doniosłe znaczenie w lecznictwie uporczywych nadżerek części pochwowej macicy i spodziewam

[1]) Od czasu wysłania powyższego artykułu do druku, miałem sposobność powtórnie przekonać się o skuteczności leczenia nadżerek zapomocą podanego sposobu.

się, że i koledzy zawodowi nie omieszkają ze swej strony zabieg ten wypróbować i ogłosić wyniki. Naturalnie, że wykonam dalsze próby na licznym materyale klinicznym, sądzę jednak, że już dzisiaj jestem uprawniony do tymczasowego doniesienia.

Zabieg przeszczepiania nabłonka przedstawia się w sposób następujący: Po odpowiedniem odkażeniu narządów rodnych i pochwy ustala się część pochwową zapomocą kulociągu we wzierniku Simsa, poczem nadżerki na części pochwowej wyskrobuje się przy pomocy ostrej łyżeczki, a następnie powierzchnię tę okrywa się wyjałowioną gazą, krwawienie jest przytem nieznaczne i ustępuje zupełnie przy ucisku. Teraz następuje drugi okres zabiegu, a mianowicie oddzielenie odpowiedniego płatu warstwy nabłonkowej i podnabłonkowej z błony śluzowej pochwy zapomocą odpowiedniego płaskiego noża. Tak oddzielony płat nabłonka układa się starannie na odświeżoną powierzchnię rany części pochwowej macicy. Ujście zewnętrzne powinno możliwie pozostać wolne, aby ewentualne wydaliny z błony śluzowej szyjki i jamy macicy mogły swobodnie odpływać.

Przez staranne wyskrobanie nadżerki nietylko usuwa się zupełnie pokrywający ją nabłonek wałeczkowy, lecz także powierzchowne, oraz w głębszych warstwach położone gruczoły ulegają zupełnemu lub częściowemu zniszczeniu, co dla następowego gojenia się nadżerek nie może być obojętnem.

Uzyskanie względnie oddzielenie nabłonka z pochwy, może przy dalszych próbach być ulepszone; sądzę, że wskazanem jest takie oddzielenie nabłonka, by jego brzeg pozostał w łączności z błoną śluzową pochwy, w celu należytego odżywiania. Dalsze próby mogą jednakże wykazać, że jest odpowiedniej oddzielić zupełnie warstwę nabłonkową i pokryć nią nadżartą powierzchnię. Aby nowo przeszczepiony nabłonek płaski (zwłaszcza przy większych nadżerkach), mógł się stale utrzymać na części pochwowej macicy, aż do zupełnego zagojenia rany, wydaje mi się rzeczą wskazaną, prowizoryczne przytwierdzenie go do podścieliska zapomocą szwu katgutowego lub też zaciskadła.

Zatykania pochwy gazą należy unikać, by przezto nie zmiażdżyć nowo przeszczepionego nabłonka. Wytworzony ubytek nabłonka na błonie śluzowej pochwy goi się łatwo bez leczenia. W celu zapobieżenia odpadnięciu przeszczepionego nabłonka układa się chorą na wznak z uniesioną miednicą.

Wynik zabiegu zależy głównie: 1) od dokładnego wyskrobania nadżerki, 2) od ścisłego oddzielenia nabłonka (w jednostajnej i cienkiej warstwie), 3) od starannego rozpostarcia przeszczepionej tkanki nabłonkowej i podnabłonkowej.

Jak wiadomo, nabłonek błony śluzowej pochwy zachowuje się zupełnie analogicznie do nabłonka części pochwowej macicy, gdyż w nim rozróżniamy również trzy warstwy: jedną u podstawy warstwę macierzystą nabłonka wałeczkowego, drugą najbardziej rozwiniętą wielowarstwową o komórkach płaskich różnokształtnych i trzecią powierzchowną warstwę o odpadających bliskich obumarcia komórkach. Ściana pochwy złożona z trzech pokładów: z nabłonka, z tkanki łącznej podnabłonkowej i z warstwy mięsnej, posiada przeciętnie 3—4 mm grubości. Warstwa nabłonkowa pochwy jest najgrubszą w wieku dziecięcym, najcieńszą u kobiet w podeszłym wieku, ponadto najobficiej rozwiniętą jest ona pomiędzy fałdami błony śluzowej pochwy, podczas gdy na szczycie zmarszczków jest stosunkowo najcieńszą. Te stosunki histologiczne należy możliwie uwzględnić przy oddzielaniu nabłonka.

Istotą nadżerek na części pochwowej, jak wiadomo na podstawie prac K. Rugegoi i J. Veita, nie jest ubytek nabłonka, lecz zastąpienie nabłonka wielowarstwowego przez warstwę komórek wałeczkowych z błony śluzowej szyjki macicznej.

Nadżerki nie stanowią zatem żadnych owrzodzeń, względnie ziarnin lub otarć, lecz przedstawiają mniejszą lub większą powierzchnię mocno zaczerwienioną, łatwo broczącą, pokrytą cienkim nabłonkiem wałeczkowym, który — podobnie jak gruczoły — okazuje szczególną dążność do wnikania w głąb tkanki łącznej części pochwowej macicy.

Obraz anatomiczny gojenia się nadżerek świadczy, że przeszczepienie nabłonka płaskiego pochwy jest zdolne sprowadzić zupełne wyleczenie i uzasadniają powyższe teoretyczne rozumowanie.

Zupełne wyleczenie następuje wówczas, jeżeli powierzchnia nadżerek pokryje się nowym nabłonkiem płaskim, a gruczoły znikną całkowicie. Jeżeli zaś resztki gruczołów utrzymują się w warstwach głębiej położonych błony śluzowej, wówczas uzyskamy tylko niezupełne wygojenie. Odradzanie się nabłonka płaskiego następuje po największej części od zdrowego brzegu błony śluzowej części pochwowej macicy. Nabłonek płaski powoli posuwa się naprzód, pokrywając zwolna nadżartą powierzchnię, albo podminowuje nabłonek wałeczkowy, podnosząc go z podścieliska. Przy stopniowem posuwaniu się nabłonek ten może się wgłębić w gruczoł i wypełnić całą jego jamę jako stały czopek, albo też przechodzi on ponad gruczołem, pozostawiając mu nabłonek wałeczkowy i zdolność wydzielniczą.

W dalszym przebiegu może tkanka łączna zatkać przewód gruczołowy i przyczynić się do utworzenia torbieli zastoinowych lub pęcherzyków Nabotha, wówczas zachodzi skłonność do odnowy nadżerki. Torbiele zastoinowe dochodzą do pewnej wielkości, następnie pękają, wylewając swoją wydzielinę pomiędzy nabłonek a tkankę łączną, a wtedy może nastąpić zupełne zarośnięcie przewodu gruczołowego. Przekształcenie nabłonka wałeczkowego w płaski na części pochwowej macicy należy do rzadkości. Sądzę, że przez wyskrobanie nadżerki ulegają tak gruczoły, jakoteż i torbiele zastoinowe w znacznej części zniszczeniu i że nowo przeszczepiony nabłonek płaski może sprowadzić zupełny powrót do stanu prawidłowego.

W końcu należy jeszcze nadmienić, że przeszczepienie nabłonka wskazanem jest tylko w przypadkach, w których zapalenie błony śluzowej szyjki lub macicy zupełnie zostało usunięte.

Podając ten nowy sposób leczenia nadżerek, mam nadzieję, że wypełni on niejednokrotnie brak w dotychczasowem leczeniu i usunie ujemne strony odcięcia części pochwowej macicy, które przy rozległych i uporczywych nadżerkach jeszcze czasami wykonujemy.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Cheyne. **Rozpoznanie i leczenie złośliwych guzów sutka.** (*76 roczne zebranie British Medical Association w Sheffield*). Na dorocznem zebraniu powyższego Towarzystwa toczyła się bardzo ciekawa dyskusya na temat leczenia i rozpoznania nowotworów sutka. Cheyne uważa za pewny dość wskaźnik rozpoznawczy nierówne ustawienie brodawek (brodawka chorej piersi stoi wyżej). W przypadkach wątpliwych bezwarunkowo powinno się dokonać próbnego wycięcia, ale nie wolno ciąć w guzie, lecz należy albo pojedynczy guzek lub też guz z piersi usunąć zupełnie, a potem w razie, gdy jest złośliwy, dołączyć następowo zabieg doszczętny. Skórę i powięź należy usuwać na wielkiej przestrzeni. Zawsze należy zabierać część mostkową mięśnia piersiowego wielkiego, natomiast część obojczykową i mięsień mały można zostawiać po usunięciu z nich powięzi. Ramię po zabiegu należy ułożyć pod kątem prostym i rychło przystąpić do miesienia. Stilles w dyskusyi oświadcza, że dla szybkiego rozpoznania natury guza zanurza go do 5% kwasu azotowego. Już po kilku minutach tkanka łączna galaretowacieje, a nabłonek mętnieje. Raka galaretowatego uważa za mniej niebezpiecznego i twierdzi, że nawet przy nim nie należy doszczętnie operować. Przy mięsaku nie potrzeba wybierać pachy. Śmiertelność po operacyi raka 2%, wyleczeń zaledwo 40—50%. Przy owrzodziałym guzie usuwa go S. najpierw, a w 14 dni później wykonuje dopiero doszczętny zabieg. Morison usuwa u młodych kobiet równocześnio i jajniki, by zapobiedz zajściu w ciążę. Po zabiegu naświetla długi czas bliznę promieniami Röntgena. Thomas poleca też naświetlanie. Przy operacyi podminowaną skórę nakłuwa w kilku miejscach i przyszywa do mięśni śródżebrowych. Przez to zapobiega obumieraniu płatów. Handley poleca badać zawsze przed zabiegiem miednicę, bo często w jej narządach spotykał przerzuty i we wczesnych okresach. Evans zupełnie nie ustala ramienia po zabiegu, Bell nie wierzy zupełnie, by zabieg mógł z raka wyleczyć, przynajmniej przez 17 lat nie widział ani razu wyleczenia, Lloyd twierdzi zaś, że zaledwo niewielka część przypadków nadaje się do zabiegu. Obiecywać wyleczenia nigdy nie można. *K.*

Baeyr. **Zadania nowoczesnej ortopedyi.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 36). Dotąd ortopedya nie ma właściwie oznaczonych granic swego zakresu działania. Lorenz twierdzi, że do ortopedyi należą wszelkie choroby narządu ruchowego, twierdzi on, że chirurgia rozpada się na drobniejsze gałęzie i nie długo powiemy: chirurgia umarła, niech żyje chirurgia! Vulpius znów jest zdania, że klinika chirurgiczna powinna medykowi dawać całokształt wiedzy chirurgicznej, a więc i ortopedyę, jednak szczegółowe zadania ortopedyi znajdować się powinny w rękach specyalistów tak, by lekarze, chcący się tej gałęzi poświęcić, mogli u nich się kształcić. Ortopedya według Vulpiusa zajmować się powinna wszelkiemi wrodzonemi i nabytemi zniekształtnieniemi ciała. Autor nie widzi ścisłej granicy pomiędzy ortopedyą a chirurgią. Obecna ortopedia leczy głównie skrzywienia kręgosłupa, zniekształtnienia i skrzywienia krzywicowe, zwichnięcia wrodzone biodra, stopy płaskie, prócz tego jednak należą do niej: gruźlica kostna i wielka gałęź zabiegów przeszczepiania mięśni i nerwów. Przybyło jeszcze do zakresu ortopedyi: miesienie, wyrób opasek, gorsetów i aparatów, co dawniej spoczywało wszystko w ręku nielekarzy. *K.*

Dehner. **Umocowanie sutka celem usunięcia zwisłej piersi.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 36). Celem usunięcia zwisłej piersi u kobiet poleca D. zabieg, który zastosował raz z bardzo dobrym skutkiem. W razie za dużego gruczołu, zmniejsza go przez eliptyczne wycięcie skóry i tkanki podskórnej od góry aż do powięzi mięśnia piersiowego dużego. Potem rozszczepia mięsień piersiowy duży i mały w przebiegu włókien na rozległości 8 cm, uruchomia okostnę trzeciego żebra i przyszywa do niej gruczoł szwami katgutowymi. Wygojenie zupełnie dobre. Zabieg ten poleca D. wykonywać u kobiet, które z powodu zwisłej piersi cierpią na uporczywe wypryski skóry, a nawet bole. Pamiętać należy jednak, że pozostaje potem dość duża blizna. *K.*

Wederhake. **Odkażanie rąk i skóry jodowym czterochlorkiem węgla i dermagummitem.** (*Mediz. Klinik*, 1908, Nr 34). Tak zwane mokre sposoby odkażania rąk nie mogą wnikać głęboko w skórę i zabierać wszelkich zanieczyszczeń i zarazków, z tego też powodu W. uważa sposoby suche za znacznie lepsze i pewniejsze. Z nich powstała też myśl pokrywania rąk powłoczkami nieprzepuszczalnemi. Dotąd nie znamy jednak idealnej powłóczki, bo wymaga się od niej, by przylegała ściśle do rąk, wnikała w głąb skóry, nie pękała, a dawała się łatwo potem usuwać. Po długich próbach doszedł W. w końcu do takiej powłoczki, która, zdaje się, odpowiada wspomnianym wymaganiom. Dermagummit sporządza się z parakauczuku, rozpuszczonego w czterochlorku węgla z dodatkiem roztworu jodu 0,4 w 100 częściach czterochlorku węgla. W. odkaża ręce w ten sposób, że jałową szczotką lub wacikiem myje ręce roztworem jodowym czterochlorku węgla (1:1000), a potem na dłonie bierze dermagummit i wciera starannie w ręce. Dermagummit tworzy przytem powłoczkę, którą po zabiegu ściera się znowu czystym czterochlorkiem. Ręce są trochę lepkie, posypuje się proszkiem kaolinowym. Wśród zabiegu można ręce zmywać dowolnie płynami odkażającymi lub alkoholem. Czterochlorek węgla jest niezapalny, nie drogi, a posiada te same własności, co eter lub benzyna. W aptekach nosi nazwę benzynoformu. Dotychczasowe próby dały bardzo dobre wyniki. W. poleca ten sposób odkażania rąk lekarzom praktycznym jako tani, pewny i krótkotrwały. *K.*

Prof. Friedrich. **Operacyjne uruchomienie klatki piersiowej i płuc celem leczenia jednostronnej gruźlicy płuc.** (*Mediz. Klinik.*, 1908, Nr 33). Wszelkie dotychczasowe próby bezpośredniego operacyjnego leczenia gruźlicy płuc nie znalazły obywatelstwa, a to z powodu, że po pierwsze, gruźlica prawie nigdy nie jest cierpieniem miejscowem, lecz rozlanem, a powtóre zabieg na płucach należy do bardzo ciężkich i chorzy sił do niego już nie mają. O wiele też racyonalszemi są zabiegi, dążące pośrednio do leczenia gruźlicy, a zwłaszcza zalecone jeszcze w r. 1888 przez Quinckego uruchomienie klatki piersiowej. Jak wiadomo samo wyleczenie z gruźlicy, polega na kurczeniu i bliznowaceniu się płuca, jak to spostrzegać można często u dzieci, gdzie klatka piersiowa jest jeszcze podatną. U dorosłych temu kurczeniu się przeszkadza sztywna klatka piersiowa, uruchomienie też klatki piersiowej pomaga samoleczeniu natury. Płuca są dostatecznie wydrenowane przez oskrzela i osobnego jakiegoś odpływu nie potrzebują. F. usuwa przy jednostronnych schorzeniach żebra od 2—10 na całej przestrzeni, t. j. od chrząstki aż po kręgosłup. Zabieg ten znoszą chorzy bardzo dobrze, trwa on 20—25 minut. Po zabiegu wynik okazuje się rychło, w postaci spadku ciepłoty, zniknięcia prątków, zmniejszenia się plwociny, podniesienie wagi ciała, poprawy snu i uczucia podmiotowego. Wpływ na serce po zabiegu trwa krótko i chorzy znoszą go bardzo dobrze. *K.*

Dunger. **Ostre nieropne zapalenie tarczycy.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 36). D. opisuje powyższe cierpienie na mocy 7 spostrzeganych przypadków. Występuje ono głównie u młodych dziewcząt nagle, nieraz wśród dreszczy. Towarzyszą bole szyi, zwłaszcza przy łykaniu, a badanie gardła nie wykazuje zmian żadnych. Bole rozpromieniają się do ucha i tyłogłowia, często występuje wdechowa duszność. Zajętym często bywa płat środkowy (*isthmus*) rzadziej boczny. Zapalenie występuje zwykle jako powikłanie ostrych chorób zakaźnych. Rokowanie dobre, nadto zachodzi potrzeba otwarcia tchawicy. Cierpienie to przypomina żywo zmiany tarczycy przy chorobie Basedowa. Leczenie przeciwzapalne i objawowe. *K.*

Dermatologia.

Becker. **Doświadczenia nad leczeniem światłem.** (*Posiedzenie lek. we Frankfurcie n. M.*, 3. II. 1908). Leczenie promieniami Röntgena najpewniej uskutecznia się sposobem Riedera t. j. stosuje się krótkotrwające posiedzenia w dłuższych odstępach czasu z pomocą średnio twardych lamp. Z 22 chorych leczonych w ten sposób z powodu przewlekłego wyprysku skórnego u 17 uzyskał B. pewne i zupełne wyleczenie (od 3 nie dostał odpowiedzi). Podobnie i przy innych chorobach skóry, wyniki są wcale dobre. Radem wyleczył 3 skórniaki zupełnie dobrze. Do leczenia »Uviollampą« nadają się sączące wypryski, trądzik i łuszczyca i spiczaste kłykciny. Lampą kwarcową leczył 57 chorych i miał dobre wyniki, zwłaszcza przy toczniu, łuszczycy i łupieżu. *K.*

Carle. **O znaczeniu dziedzicznem kiły ojca i matki.** (*Annal. d. derm. et syphil.*, 1908, 2). C. podziela zdanie wielu nowszych autorów, że kiła matki jest dla potomstwa o wiele niebezpieczniejszą, niż kiła ojca. Mężczyzna kiłowy może płodzić całkiem zdrowe dzieci, jak długo matka nie zakaziła się kiłą. Dla udowodnienia tego zapatrywania przytacza spostrzeżenia różnych autorów i swoje własne, dochodząc do wniosku, że przy udzielaniu pozwolenia na małżeństwo musimy być u kobiet znacznie ostrożniejsi i więcej ściśli, niż u mężczyzn.

Krzyształowicz.

Audry. **Syfilomania i syfilofobia.** (*Annal. d. derm. et syphil.*, 1908, 3). Syfilomanami nazywamy ludzi, którzy wmawiają w siebie, że są zarażeni kiłą, chociaż tak nie jest w rzeczywistości. Najczęściej ma się w tym razie do czynienia z ludźmi umysłowo słabymi, nieświadomymi istoty kiły i jej objawów, a którzy każdy najmniejszy objaw nieprawidłowy tłómaczą w kierunku tych chorobliwych myśli. W największej liczbie przypadków nie można ich przekonać o nieprawdziwości tych chorobliwych myśli i stąd uważa się ich za nieuleczalnych. Mania ta prowadzi ich do energicznego leczenia rtęcią, mimo sprzeciwu ze strony lekarza, rzadko jednak doprowadza do samobójstwa. Inaczej zachowuje się syfilofob, gdyż przebył rzeczywiście kiłę i ta świadomość opanowywa go zupełnie, utrzymując go ustawicznie w ciągłem dręczącem podnieceniu. Żyje zatem w ciągłej trwodze następstw tej choroby i możności przeniesienia jej na otoczenie." Stan taki kończy się nierzadko samobójstwem.

Krzyształowicz.

Hamel. **Leczenie wysypek kiłowych miejscowem wstrzykiwaniem rtęci.** (*Annal. d. derm. et syphil.*, 1908, 5). H. próbował, na polecenie Dariera, leczenia miejscowego różnych wysypek kiłowych (guzków, gruzełków i owrzodzeń) wstrzykując pod nie lub w ich miąższ rozczyn hydrarg. cyanatum 1:2000 z dodatkiem stowainy 1:200. Rozczyn ten działał bardzo korzystnie, wstrzykiwania zaś były zupełnie niebolesne. Wstrzykiwania robiono co drugi dzień w ilości 1 gr w pojedynczy wykwit. Wyleczenie następowało w krótkim czasie. Leczenie ogólne jest jednak nietylko pożądane, ale najczęściej i konieczne, a wspomniane leczenie miejscowe stanowi tylko środek pomocniczy, szczególnie wtedy, gdy leczenia ogólnego dla jakiejś przyczyny jeszcze przeprowadzić nie można. *Krzyształowicz.*

Boyreau. **Leczenie kiły czopkami rtęciowymi.** (*Journ. d. mal. cut. et syph.*, 1908, 3, 4). B. opisuje 31 przypadków kiły, o lekkim i średnim przebiegu, w których stosowano rtęć w czopkach stolcowych wedle metody Andryego. Czopki zawierały po 0,03 gr maści szarej dla dorosłych, a 0,01 dla dzieci, jako dawka codzienna. Chorzy znosili ten rodzaj leczenia bardzo dobrze, nie występowały w żadnym przypadku objawy rtęcicy albo zapalenia kiszki stolcowej, w niektórych przypadkach jednak musiano się uciec do energiczniejszego sposobu stosowania rtęci. Przeciwwskazanie stanowił: późny wiek, krwawnice, rozpadliny około stolca i przypadki, które wymagały szybkiego usunięcia zmian.

Krzyształowicz.

Vörner. **Ospowata wysypka, wywołana środkami leczniczymi.** (*Dermat. Zeits.*, t. XV, zesz. 6). Wykwity wysypki pęcherzykowej ze zagłębieniami środkowemi znamionują ospę prawdziwą i wietrzną, oprócz tego zdarzają się bardzo rzadko, a prawie nieznane są jako następstwa ubocznego działania pewnych leków. V. opisuje przypadek dotyczący 63-letniego robotnika, u którego z powodu półpaśca polecił podawanie na wewnątrz antipiryny i kwasu salicylowego po 0,5 trzy razy dziennie. Już po czwartym proszku zaczął chory doznawać dotkliwego świądu. W następnym dniu spostrzegł autor, że wykwit półpaśca zmienił się zupełnie, pęcherzyki bowiem przybrały postać wrzodów o nieregularnych granicach. Oprócz tego na tułowiu i kończynach po obu stronach ciała zauważył inny rodzaj wysypki pęcherzykowej. Pęcherzyki mniej lub więcej przeźroczyste, częściowo szarobiałej barwy, od wielkości ziarna owsa do wielkości soczewicy rozmnożone były po całej skórze, z początku tylko większe pęcherzyki okazywały środkowe zagłębienia, wciągnięte do środka. Na drugi dzień prawie wszystkie pęcherzyki miały zagłębienia, niektóre już były zaschnięte i pokrywały się strupem. W następnych trzech dniach reszta pęcherzyków uległa zaschnięciu, poczem po odpadnięciu strupów powstały drobne powierzchowne blizny. W trzy tygodnie później po podaniu na próbę tych środków znowu wystąpił odczyn skórny w postaci takiej samej wysypki. *Stopczański.*

Zeisler. **O leczniczem zastosowaniu płynnego powietrza i płynnego kwasu węglowego.** (*Dermat. Zeits.*, t. XV, zesz. 7, 1908). W ostatnich dziesięciu latach zastosowano płynne powietrze w leczeniu różnych chorób skórnych. Środek ten dotąd jednak zupełnie się nie rozpowszechnił z powodu trudności przy nabywaniu tegoż, gdyż produkcya tego środka jest bardzo niewielka. Sposób zastosowania płynnego powietrza jest bardzo prosty i wystarcza w tym celu wacik na pręciku twardym, który po zanurzeniu w płynie przykłada się z pewnym naciskiem na miejsce chorobowe. Natychmiast występuje mniej lub więcej głęboko sięgające zamrożenie, które powoli ustępuje. W krótki czas później występuje przy nieznacznem pieczeniu widoczny odczyn zapalny. W następnych dniach tworzy się w miejscu działania dobrze przylegający strup, który w 10. do 20. dniach oddziela się. Wtedy dopiero można ocenić wynik i w razie potrzeby powtórzyć zamrożenie. Autor stosował w leczeniu znamion wrodzonych, raków skórnych i tocznia rumieniowego płynny kwas węglowy. Kwas węglowy płynny przesyłają do użytku w żelaznych długich cylindrycznych naczyniach, mieszczących 10 do 12 litrów. Zastosowanie bezpośrednie kwasu węglowego w rodzaju natrysku z naczynia nie jest wskazane. Autor poleca następujący sposób użycia: do wentylu naczynia, zawierającego płyn zakłada woreczek skórzany, w którym po otwarciu naczynia uchodzący płyn zagęszcza się w masę śniegową, mającą ciepłotę —90° C. Tą masą śniegową odpowiednio ukształtowaną zapomocą rurki z twardego kauczuku mrozi się miejsce chorobowe. Pierwszym widocznym objawem działania jest zaczerwienienie, po kilku godzinach w miejscu działania tworzą się pęcherze; następowy strup utrzymuje się do dwóch tygodni. Zakres zastosowania tego środka nie jest wielki. Stosowano go z początku głównie w celu usuwania rozmaitych brodawek, znamion i nagniotków. Autor podaje wyleczenie tym sposobem w przypadku, dotyczącym ośmioletniej dziewczynki, u której owłosione ciemno-brunatne znamię naczyniakowe miało 6 cm długości, a 3 cm szerokości. Po ukończeniu leczenia nie było najmniejszej blizny, skóra w miejscu naczyniaka miała wejrzenie zupełnie prawidłowe i nie odróżniała się zupełnie od skóry w otoczeniu. Oprócz tego opisuje Z. dwa przypadki zupełnego wyleczenia raków skórnych zapomocą tego sposobu. W jednym z tych przypadków rak skórny znajdował się w wewnętrznym kącie oka prawego, w drugim przypadku tworzył miękki guz wielkości korony w okolicy lewej skroni. Także bardzo dodatni wynik uzyskał w leczeniu przypadku tocznia rumieniowego, który opierał się poprzednio leczeniu innymi środkami. *Stopczański.*

Pedyatrya.

Lehndorff. **Przyczynek do granulozy tkanki limfatycznej pod postacią białaczki wrzekomej typu Paltaufa-Sternberga.** (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1908, V). Autor przedstawia w swej pracy dziewczynkę 5-letnią, u której wystąpiło silne powiększenie gruczołów szyjnych w przeciągu 4 miesięcy. Stan chorobowy zupełnie się nie zmieniał, ani przy użyciu soli arszenikowej, ani też jodku potasu. Gruczoły na szyi dochodziły wielkości bobu, a niektóre do wielkości jabłka i były niebolesne, z otoczeniem niezrośnięte. W płucach nie było żadnych zmian. Szmer wdechowy i duszność w położeniu poziomem. Śledziona nieco powiększona, podobnie i wątroba. Ciepłota była z początku prawidłowa, później przez długi czas miała cechy gorączki przerywanej. Tętno 120—144, regularne. W moczu nieco białka; odczyn diazowy utrzymywał się przez cały przeciąg choroby. Badanie mikroskopowe treści otrzymanej zapomocą nakłucia wykazało niewiele limfocytów, komórek tucznych i nabłonkowatych; nie znaleziono zaś zupełnie ani gruzełków, ani też bakteryi gruźliczych. Wynik szczepienia na śwince morskiej okazał się ujemny. Leczenie arsenem i naświetlaniem promieniami Röntgena było bezskuteczne. Gruczoły szyjne powiększały się ustawicznie, obwód szyi dochodził do 46 cm, obrzęk śledziony i wątroby zwiększał się ciągle, aż w końcu umarło dziecko po $3^1/_2$ miesiącach z powodu niedokrwistości postępującej. Cztery tygodnie przed śmiercią okazywała skóra silniejsze i rozległe zabarwienie żółtawo-brunatne, szczególniej na szyi ponad gruczołami i pod pachami. Błony śluzowe były niezmienione, wybroczyn przez cały czas choroby nie spostrzeżono. Krwinek czerwonych było początkowo 3,020,000, później zaś liczba ich spadła do 1,843,000, hemoglobiny 40%, następnie 20%. Prócz krwinek czerwonych prawidłowych były także i normoblasty, a w miarę postępowania niedokrwistości, zjawiała się i pojkylocytoza. Krwinki białe wynosiły 8,000, przy końcu zaś choroby 16,000. Prócz neutrofilów 80%, eozynochłonnych 2% i limfocytów małych i dużych, znajdowały się i myelocyty. Przy sekcyi znaleziono gruczoły szyjne silnie powiększone, na rozkroju blado-żółte, niezropiałe; częściowa niedodma płata płucnego środkowego i dolnego prawego, zapalenie oskrzeli, obrzęk śledziony i wątroby, w kościach długich szpik kostny czerwony, a w niektórych miejscach galaretowaty. Badanie drobnowidowe powiększonych gruczołów chłonnych wykazało wzrost tkanki granulacyjnej, specyalnej dla chronicznych zapaleń. Taki sam obraz był w śledzionie i w szpiku kostnym. Ta zmiana każe nam oddzielić *granulomatosis* od białaczki wrzekomej, ponieważ przy tej ostatniej nie znachodzimy nigdy w narządach cech zapalenia chronicznego tkanki. Przy rozpoznaniu tego cierpienia możnaby pomylić go z mięsakiem limfatycznym (*lymphosarcoma*), ale, jeśli się weźmie pod uwagę, że przy mięsaku komórki tkanki limfatycznej przechodzą przez otoczkę i po-

wstaje guz, zrastający się silnie z otoczeniem, to o pomyłkę rzeczywiście trudno. Prócz tego mamy i inne cierpienia, z któremi moglibyśmy granulomatosis pomieszać, a mianowicie: białaczkę i białaczkę wrzekomą. W białaczce mamy jednak zmiany, polegające na wybitnie silnem powiększeniu ilości krwinek białych, czego w granulomatosis nie spostrzegamy. Szczególniejszem jest jeszcze i to, że w granulomatosis spotykamy zmniejszony odsetek hemoglobiny, bo 40—20% nawet przy normalnej ilości krwinek. Przy białaczce wrzekomej mamy zawsze leukocytozę limfocytarną, a przy końcu tej choroby spotykamy się zawsze z lymfocytozą, której brak w granulomatosis, dalej mamy zawsze w moczu białko, gdyż to cierpienie sprowadza zwyrodnienie skrobiowate nerek. Schur przytacza słusznie, że tej kombinacyi nie spotykamy nigdy ani w białaczce, ani też w białaczce wrzekomej. Jeszcze jedna sprawa chorobowa wchodzi tutaj w rachubę, a nią jest gruźlica narządów chłonnych. Gruźlica jednak i granulomatosis są to choroby swoiste, lecz jedna może przebiegać dobrze obok drugiej, a nawet niektórzy autorowie, jak Yamasaki, twierdzą, że granulomatosis usposabia do gruźlicy, sama jest chorobą zakaźną, której złośliwego czynnika jednakże nie znamy. Że mamy tutaj przyczynę inną, a nie gruźlicę, tego najlepiej dowodzą wstrzykiwania tuberkuliny z wynikiem zupełnie ujemnym, prócz tego w gruczołach zmienionych nie znaleziono nigdy ani bakteryi gruźliczych, ani też gruzełków. Leczenie tego cierpienia jest tylko objawowe. Co się tyczy nazwiska tej choroby, to najlepszem jest określenie Grosza: *granulomatosis textus lymphatici* z dodatkiem *sub forma pseudoleucaemiae typus Paltauf-Sternberg*. *Dr Kostecki.*

Okulistyka.

Dutoit. **O stosowaniu kokainy w chorobach rogówki.** (*Corrbl. f. schweiz. Ärzte*, 1908, Nr 6). D. dochodzi do wniosków następujących: 1) kokaina nie ma przy najrozmaitszych cierpieniach rogówki żadnego wpływu na bolesność, 2) uszkadza tkankę rogówki i wobec tego jest przy cierpieniach rogówki wprost przeciwwskazana; 3) jedyny wyjątek stanowią ciała obce w rogówce, ale i tu należy stosowanie kokainy jaknajbardziej ograniczyć. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Joseph. **Nowy sposób oznaczania i mierzenie środkowych ubytków w polu widzenia zapomocą kątowego stereoskopu Pigeona.** (*Arch. d'Opht.* 1908, Nr 2). Najlepsze usługi przy oznaczaniu środkowych ubytków w polu widzenia oddaje stereoskop. J. poleca stereoskop Pigeona. Składa on się z 3 deszczułek spojonych jedną krawędzią, jak karty książki, środkowa z jednej strony pokryta jest szkłem zwierciadłowem i ustawiona jest tak, gdy przyrząd jest rozłożony, że przepoławia kąt krawędziowy, jaki tworzą ze sobą obie boczne deseczki. Na wewnętrznych płaszczyznach tych bocznych deseczek umieszcza się identyczne figury przedstawiające schemat pola widzenia taki, jakiego się używa w perymetryi. Do takiego stereoskopu patrzy badany w ten sposób, że okiem zdrowem widzi obrazek jednej figury schematu w zwierciedle płaskiem dokładnie w tem samem miejscu, w którem widzi drugiem okiem rzeczywistą drugą figurę schematu. Oczy zlewają łatwo obie te figury stereoskopijne, a tem samem zapewniony jest dla oka badanego nieruchomy i niezmienny kierunek patrzenia. Zapomocą małego znaczka białego na czarnym trzonku można teraz na tle figury schematu perymetrycznego (znaczonej białemi liniami na tle ciemnem) zupełnie dokładnie oznaczyć granice środkowego ubytku. *K. W. Majewski.*

Rollet. **O krwiakach pochewek nerwu wzrokowego.** (*Rév. gén. d'Opht.* 1908, Nr 2). Autor przytacza 4 spostrzeżenia własne, z których 3 pierwsze odnoszą się do przypadków złamania czaszki, czwarty zaś jest tylko podaniem wyników mikroskopowego badania preparatu muzealnego, pochodzącego jeszcze z czasów profesora Gayeta, poprzednika Rolleta na katedrze. W jednym z przypadków urazowych spostrzegał R. objaw wziernikowy, znamienny dla krwiaka pochewki nerwu wzrokowego, mianowicie tarczę nerwu wzrokowego otaczał ciemno krwawy pierścień (*halo haemorrhagicus*), zupełnie różniący się od t. zw. pierścienia naczyniówkowego, przytem było nitkowate zwężenie rozgałęzień tętnicy środkowej. We wszystkich przypadkach towarzyszył krwotokowi podoponowemu, mimo wykonanej trepanacyi śmiertelnemu, krwotok do pochewek nerwu wzrokowego. *K. W. Majewski.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Wilms (Deut. Zeits. f. Chir., t. 93, zesz. 4—5) poleca do wycięcia stercza cięcie 4—5 cm długie na zstępującem ramieniu kości łonowej. Zranienie kiszki odchodowej przytem jest wykluczone. *K.*

Odkażanie rąk 90—96% alkoholem (5 minut) uważa Meissner na mocy doświadczenia kliniki Brunsa za zupełnie pewne i poleca, zwłaszcza lekarzom praktykom. *K.*

W leczeniu kiły poleca gorąco Nagelschmidt »mergal«, jako środek, który zawiera zawsze tę samą ilość rtęci, działa szybko i pewnie bez ubocznych szkodliwości. Dziennie podaje się 6—8 kapsułek. Zwykle 300—350 kapsułek wystarcza do całego leczenia. *K.*

Pudełko z narzędziami, zawsze gotowemi do użytku podał Heermann z Deutz. Narzędzia są w niem umieszczone pojedynczo, każdy w metalowej osłonie, napełnionej płynem odkażającym. *K.*

Plamy z protargolu na bieliznie świeże usuwa się najlepiej mydlinami, starsze zaś jodkiem potasu lub wodą utlenioną z amoniakiem. *K.*

Na oparzenie poleca Renner proszek, składający się z jednej części bizmutu (subnitr) i 2 części koaliny. Posypuje się nim miejsca oparzone, przykrywa gazą i zawija opaską. *K.*

W ogólnych zakażeniach poleca Sick podskórne wstrzykiwania 5—10 cm z 5% rozczynu jodipiny. *K.*

Rosenthal przy otyłości poleca miesienie brzucha, a potem całego ciała. Cały proceder nie powinien trwać dłużej, jak ½—1 godziny. Najpierw miesi się powłoki, potem przechodzi się do miesienia kiszek, zwłaszcza grubej, a w końcu klepie się powłoki. Potem systematyczne miesienie całego ciała. *K.*

Wodniaka jądra leczy Spirt wstrzykiwaniami karbolu z gliceryną (*āā*). Po wypuszczeniu płynu wstrzykuje 6 cm³ środka, miesi worek, by karbol wszędzie zadziałał, potem płyn wypuszcza i płucze jamę wodą jałową. Bolesność przy tym zabiegu nie wielka, a wyniki dobre. *K.*

Perhydrolowy proszek do zębów poleca Birnbaum. Głównym składnikiem jego jest Mg_2O_2. Sole magnowe, tworzące się w ustach zobojętniają kwasy, działające, jak wiadomo, źle na zęby, a wywiązujący się wolny tlen działa znów odkażająco. *K.*

Cynkperhydrol poleca Ritter na oparzeliny, wrzody podudzia, wypryski i zapalenia skóry i t. p. Cynkperhydrol usuwa zastosowany na oparzelinę zaraz ból. Stosuje się go w postaci proszku lub też 25% maści. *K.*

Do zeszycia oddalonych od siebie kikutów ścięgien używa Prof. Ritter kawałka żyły, zwykle odpiszczelowej, wyciętej u tego samego osobnika. Zgojenie występuje przytem rychło i pewnie. *K.*

Przy kryzach żołądkowych i strzelających bolach w wiądzie rdzenia stosowali Marinesco i Gradinesco nieraz z bardzo wybitnym skutkiem śródoponowe wstrzykiwania siarkanu magnu. Niestety, czasem sposób ten może wywołać i skutek odwrotny, t. j. wzmożenie się bolów, dalej zatrzymanie moczu i podniesienie ciepłoty. *K.*

Zatrucie veronalem cechuje podług Steinitza utrata przytomności wśród podniecenia, wysypka, podobna, jak przy płonicy i skąpomocz. Źrenice zwykle są zwężone, nieraz brak odruchu rogówki. Często ciepłota bywa podniesiona. Ponad 10 gm zatrucia bywają nieraz śmiertelne. Leczenie: płukania żołądka, środki przeczyszczające i pobudzające. *K.*

Przy karmieniu piersią poleca Nagel zwracać uwagę matek, by na jedno posiedzenie nie podawały dziecku obu piersi, gdy w takim razie gruczoł nie opróżnia się doszczętnie nigdy, co sprowadza zastój, a potem zanikanie pokarmu. Niemowlę nie należy przystawiać do piersi za wczas, dopiero drugiego dnia. W razie gdy podaje się i flaszeczkę, powinno się uważać, by smoczek miał mały otworek tak, aby dziecko przy ssaniu musiało pracować. W przeciwnym razie, t. j. gdy pokarm z flaszki odchodzi łatwo, dziecko potem niechętnie chwyta pierś, gdyż musi więcej pracować. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 4. września 1908.

Wiceprezes Dr Łazarewicz wita kolegów po dłuższej przerwie letniej i referuje o zaproszeniu Dra Frączaka z Buffalo na konferencyę przeciwgruźliczą w Waszyngtonie. Wydział zgadza się na to, żeby wyznaczyć wraz z innemi Towarzystwami lekarskiemi polskiego reprezentanta na tym Zjeździe.

Po przeczytaniu protokołu przez Dr Dembińskiego, referuje tenże o nowym przetworze z części eucalyptusa, wytworzonym przez Hr. Skórzewskiego z Lubostronia. Chodzi tu o małe cegiełki, zawierające w sobie olejki eteryczne eucalyptusu, które przy spaleniu ulatniają się i przez to nadają się do wdychania przy gruźlicy. Preparat nazywa się »Euscol« i ma być opatentowany. Spostrzeżenia w Rosyi, że tam, gdzie ludzie oddychają często drzewnym dymem nie przydarza się wcale gruźlica płuc, uprawniają do stosowania i wypróbowania nowego środka.

Dr Karwowski referuje, nawiązując do protokołu o stosowaniu drzemki skopolaminowej we Fryburgu badeńskim, w którym bawił na studyach. Dr Łazarewicz od siebie dorzuca jeszcze kilka uwag, mianowicie kładzie nacisk na konieczność bezwzględnego spokoju przy narkozie skopolaminowej.

Następnie Dr Łazarewicz przedstawia fotografie, nadesłane przez Dr Szafarkiewicza z Gniezna, a przedstawiające przypadek akromegalii i wyjaśnia istotę, piśmiennictwo i swoje zapatrywania co do tej choroby. Uważa, że w tym wypadku prawdopodobnie chodziło o myxoedema, mające wiele podobieństwa z akromegalią. Tej chorobie towarzyszy nie obrzmienie, lecz rzeczywisty przerost tkanki i to łącznej podskórnej. Rozrastając się, wciska się między tkankę łuszczową, rozdziela włókna nerwów, przez co nieraz wywołuje zaburzenia w sferze czuciowej, następowo dopiero przerastają także kości, ale wskutek ciężaru powiększonych członków. Odkryto, że przy rzadkiej tej chorobie musi być związek jakiś z przysadką mózgową (*glandula pituitaria*); naczynia krwionośne cierpią wskutek jakiegoś nieznanego zakażenia, spowodowanego nieprawidłowem działaniem przysadki. W niektórych wypadkach dawanie przysadki istotnie zdawało się wywierać pewien korzystny wpływ na akromegalię. Benda radzi operować przysadkę, co atoli tylko może mieć znaczenie teoretyczne.

Dr Karwowski zaznacza, że zachodzi łączność między przysadką a sferą płciową i wspomina próby V. Varnabo, który u psów stwierdził, że po przecięciu sznurków nasiennych z obu stron lub jednostronnej kastracyi a drugostronnem przecięciu sznurka następował silny przerost przysadki.

Dr Łazarewicz dodaje do tego, że istotnie przy akromegalii stwierdzono niepłodność.

Dr Nowakowski wspomina, że spostrzegał przypadek akromegalii, gdzie ręce, nogi, szczęka i wargi doszły do wielkich rozmiarów.

Następnie referuje Dr Mieczkowski: **O szkorbucie.** Opisuje chorego wycieńczonego zupełnie bubonami kiłowymi, którego operował przed kilku laty. Gruczoły okazały się jako gruźlicze, zmienione, a po kilku dniach rany krwawiły bardzo silnie miąższowo. Przytem cierpiał on na zupełne rozluźnienie błony śluzowej ust. Dyeta, składająca się ze świeżych jarzyn, owoców i t. d. po kilku tygodniach doprowadziła do wygojenia. Referent przypuszcza, że chodziło tu o szkorbut wskutek wycieńczenia.

W dyskusyi Dr Karwowski przypuszcza możliwość, że chodziło o zapalenie rtęciowe dziąseł u osłabionego bardzo chorego i wspomina o podobnym przypadku, spostrzeganym niedawno i rozpoznanym jako szkorbut. Podobnie zapatruje się także Dr Łazarewicz i Dr Nowakowski.

Dr Adamczewski wspomina o 4-letniem dziecku, które prócz plam krwawych na ciele miało także krwawienie z dziąseł. Adrenalina wygoiła chorobę.

Dr Łazarewicz podnosi znakomite działanie przy krwawiączce (*hemofilii*) żelatyny Mercka, którą można stosować wewnętrznie u dzieci, u dorosłych podskórnie. Zwraca uwagę na dawniejsze przypadki, gdzie po zastrzyknięciu żelatyny nieraz następował tężec i stwierdza, że zakażenia te polegały na niedość wyjałowionym preparacie. Obecnie 40% rozczyn żelatyny Mercka jest tak znakomicie wyjałowiony, że go można bez żadnej obawy stosować. U kobiet zaś przy krwawieniach macicznych, spowodowanych hemofilią działają doskonale wyparzania Pincusa. Na zapalenie dziąseł (*stomatitis*) poleca t. zw. kaubalsam »Saphir«.

Posiedzenie Wydziału z dnia 18. września 1908 r.

Zagajając zebranie wiceprezes Dr Łazarewicz poświęca słów kilka zmarłym kolegom ś. p. Dr Wiktorowi Schrautowi z Pniew i Dr Michałowi Szurmińskiemu z Sulmierzyc. Pierwszy był gorliwym członkiem Wydziału, a jako lekarz i człowiek zyskał sobie ogólne uznanie i szacunek obu narodowości, które umiał ze sobą godzić. Drugi, choć nie należał do Wydziału był znakomitym i cenionym lekarzem. Na pogrzebie ś. p. Dr Schrauta Wydział reprezentowali kol.: Łazarewicz, Schultz i Wlazłowski. Pamięć zmarłych Zebranie uczciło przez powstanie.

W sprawie Zjazdu gruźliczego w Waszyngtonie, to po porozumieniu się z Prof, Dr Ciechanowskim, radzi zaniechać zamierzonej reprezentacyi, skoro polskie Towarzystwa przeciwgruźlicze się tą sprawą nie zajęły.

Na wniosek Dr Karwowskiego Wydział postanawia przesłać kondolencyę Prof. Dr Bylickiemu ze Lwowa z powodu zgonu jego małżonki.

Następnie Dr Kroll demonstruje kobietę 62-letnią z ogromnem zniekształtnieniem twarzy, spowodowanem przez narośl. Badanie wykazało, że chodzi o tłuszczaka, dość rzadkiego w okolicy dolnej szczęki. Referent wykona zabieg operacyjny.

Dr Karwowski przedstawia rentgenogram ręki przestrzelonej 30 śrutami, których nie można było wyczuć przy obmacaniu.

Walne Zebranie postanowiono odbyć w połowie października. O wykład obiecany przez Prof. Dr Kleckiego z Krakowa poprosi wiceprezes.

Dr Karwowski radzi zaprosić na Walne Zebranie także kolegów z pobliskiego Kalisza, na co się zebrani godzą.

Resztę posiedzenia zajęła nader ożywiona dyskusya nad sprawami zawodowemi. *Dr Adam Karwowski.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie w dniu 21. maja (3. czerwca) 1908 r.

Obecnych członków 20.

Przewodniczący: K. Rumszewicz.

Na porządku dziennym:

1) Odczyt K. Rumszewicza: **O torbielach spojówki** (będzie ogłoszony w »Postępie okulistycznym«) z demonstracyą preparatów mikroskopowych.

Dyskusyi nie było.

2) Odczyt Makowskiego: **Odczyn v. Pirqueta w chirurgii.**

Dyskusya: Rumszewicz pyta, czy prelegent przy stosowaniu odczynu nigdy nie zauważył poważniejszych zmian skóry w miejscu szczepienia (w piśmiennictwie znane już są podobne niepożądane powikłania), a dalej stwierdza, że odczyn przy używaniu »Alt-Tuberculin« wypadał nieraz dodatnio u osobników, pozornie przynajmniej zupełnie zdrowych. Ponieważ prelegent wspomniał także o próbach z odczynnikiem Calmettea, a więc R. zaznacza, że najpoważniejszem przeciwwskazaniem użycia tego sposobu są nie choroby spojówki, lecz najlżejsze chociażby gruźlicze cierpienie tęczówki. — Sochacki: Rozpoznawcze działanie odczynników takich, jak odczynnik Pirqueta, możemy sobie tłómaczyć w sposób następujący: Dodając do istniejących już w ustroju toksyn nowe toksyny, osiągamy ujawnienie się ich działania na organizm, czyli właśnie odczyn. Ten ostatni zaś wyraża się przez to, że pobudza do działania fagocyty, do których aktywizacyi toksyny, wytwarzane przez sam ustrój chorego przy niektórych chorobach (n. p. gruźlica, przymiot) bywają w pewnych razach za słabe. Taki pogląd ułatwia nam zrozumienie leczniczego działania n. p. tuberkuliny. — Bylina, zastanawiając się nad teoryą działania odczynnika Pirqueta, stwierdza, że ustrój zakażony wytwarza przeciwciała. Jeśli wprowadzamy doń nowe toksyny, to miejscowy odczyn uważać należy jako skutek połączenia antytoksyn właśnie z temi nowemi toksynami. Co się tyczy wyników odczynu Calmettea, to należy je przyjmować z wielką ostrożnością. — Makowski: Teorya odczynu Pirquetowskiego pozostaje mimo wszystko kwestyą otwartą. Ważnem jest pytanie, czy odczyn Pirqueta jest swoistym odczynem, czy też nie. Jeśli tak, to ujemny wynik mógłby mieć duże rozpoznawcze znaczenie u dorosłych, u dzieci zaś, u których gruźlica mniej jest rozpowszechniona, także dodatni wynik.

S. Trzebiński.

Ustrój lekarski na Rusi Moskiewskiej do czasów Piotra.

(Dokończenie).

Zmarłych grzebano zwykle w tej odzieży, w jakiej zmarli i to jaknajprędzej. Kuryerzy i urzędnicy, jadący z miejscowości zakażonej, podlegali srogiej kwarantanie od 2—3 tygodni. Część zadań policyjno-sanitarnych wkładała administracya na gospodarzy domów; każdy z gospodarzy, któryby w swój dom przyjął człowieka z miejsc zakażonych, miał być spalony na stosie. Rozporządzenie to ściśle wykonywano. Wewnątrz państwa zatrzymywała straż nieraz jadących i bez »projezżich hramot« nie przepuszczała. Podróżnych z miejsc zadżumionych odsyłano z powrotem, nie robiono wyjątków nawet dla kuryerów od panujących. Znajdujemy też zajmujący dokument z r. 1654, w którym wojewoda Wileński donosi, że wielu mieszczan widząc »gniew Boży« zaczęło rozjeżdżać się; rozkazał więc pozamykać bramy i z miasta mieszczan nie wypuszczać. Ludność wileńska podała prośbę »czołobitną«, ażeby jej pozwolono wyjechać do Łukiszek za rzekę Wilię, przemieszkiwać w polach, lasach i wsiach, dopóki w Wilnie »gniew Boży« nie ustanie. Prośba mieszczan została uwzględniona. I w innych miejscowościach praktykowały się podobne wyludnienia miast na poblizkie pola i stepy, jak n. p. w Nowobogorodicku, Kursku i. t. d. Rząd sam wydał rozporządzenie w r. 1654, aby wysiedlać ludność z miejsc zapowietrzonych, co było powodem rozszerzenia się epidemii. Ludność uciekała nietylc przed niebezpieczeństwem zarażenia się, ile wskutek ogólnej paniki, jaka w takich razach wszystkich ogarniała. Cyrkularze rządowe ówczesne zawierają rozporządzenia, ażeby zmarłych na choroby zakaźne grzebać oddzielnie, dalej za miastem, na osobnych cmentarzach i nie przy cerkwiach. Na mogiłach takich zwykle rozkładano ogień, a mogiły przysypywano popiołem, ażeby dzikie zwierzęta nie mogły ich rozkopywać. Ruchomości po zmarłych nieraz rozchwytywali obecni, na co moskiewska administracya zwracała uwagę, każąc wszystko palić. W r. 1657 w Wierchoturiu podczas moru nakazano odzież pozostałą po zmarłych wymyć i wymrażać, a tę, którą mieli na sobie, oraz pościel ich spalić, ludzi zdrowych z domów zapowietrzonych przesiedlać, a tam, gdzie byli zmarli, nie mieszkać dwa tygodnie, ażeby ściany przemarzły, następnie piece silnie napalać jałowcem z piołunem przez trzy dni. Wogóle administracya ściśle trzymała się ukazu z r. 1691. Do środków ochronnych należało rozporządzenie, by w miejscach zakażonych przyjmować żywność i zboże z pewnemi ostrożnościami, jak i pieniądze miedziane, które należało wymyć w wodzie i przetrzeć piaskiem. Bywały wypadki, że wszystkie pieniądze kasy państwowej przemywano wodą i piaskiem, jak podczas strasznej epidemii w Kursku r. 1690. Całe miasto wówczas ściśle odosobniono, a tylko kuryerzy przez rzekę i ogień, dowiadywali się o biegu epidemii. Mieszkańcy Kurska, odcięci od wszelkiej komunikacyi, pozbawieni w końcu pożywienia i zagrożeni głodową śmiercią, zaczęli się burzyć i oznajmili, że jeśli nie otrzymają pożywienia, to sami je pójdą zdobywać, gdyż w obydwóch razach śmierć im zagraża, co też spełnili, przechodząc kordon, rabując w okolicach pożywienie, wino i miód i oddając się hulatyce i bójkom. W r. 1657 podczas moru ustanowiono kwarantanę pomiędzy Wilnem, a Borysowem i zabroniono wszelkiej komunikacyi pod karą śmierci. W r. 1656 postawiono straż około Wierchoturia, ostrzegając straż, że jeśli kogo przepuści i choroba przez to przejdzie na Syberyę, to strażnicy śmiercią będą karani. Wielka odpowiedzialność, leżąca na straży kwarantanowej, zmuszała ją często do ucieczki. Zbiegów ze straży srogo karano, pierwszy raz bito knutem, za drugim skazywano na śmierć. Wojewodowie, którzy wskutek niedbałości i złego dozoru nieograniczali epidemii, podlegali »opale« i »zestokomu nakazaniu bez poszczady«. Korespondencye i doniesienia z miejsc zadżumionych przepisywano nieraz kilkakrotnie i ostatnią kopię tylko wręczano carowi, a przepisujący jakiś czas nie miał prawa podchodzić do nikogo.

Liczne kordony przy wciąż grasujących epidemiach przyczyniały się wielce do zastoju w ekonomicznem życiu kraju, co zmuszało administracyę do bacznego nadzorowania epidemii. W tym celu porozumiewano się przez ogień z miejscowościami, w których panowały epidemie, jaka choroba panuje, ilu chorych, ilu umiera i t. d. Nieraz dopytywano po tysiąc i więcej osób, zapisując ich słowa, niekiedy wszystkich włościan we wsi. — Jednak srogość kwarantany ustępowała nieraz wobec interesów ekonomicznych rządu moskiewskiego, podobnie jak i w Rosyi współczesnej, gdzie w miejscowościach, dotkniętych nieurodzajem, wobec milionów głodnych, sprzedaje się wódkę w większych ilościach, niż w innych latach, a podatki egzekwuje się z niemniejszą srogością. Podobnie praktykowało się i w wieku XVII. W r. 1690 doniesiono z Kurska, że straże powstrzymały przywóz wódki i miodu do składów rządowych; nakazano osłabić kwarantanę. Mieszkańcy tegoż Kurska prosili w swej »prośbie czołobitnej« o uwolnienie od podatków z racyi podupadłego ruchu handlowego, lecz rząd tego nie uwzględnił. Środki ochronne, jakie stosowało państwo Moskiewskie w połowie XVII stulecia przeciw chorobom zakaźnym, noszą z jednej strony charakter ściśle określony i konsekwentny, ale z drugiej strony była to mieszanina religijnych pojęć i przepisów szkodliwych i bezużytecznych. Tak n. p. z rozporządzenia władz do różnych miast, gdzie grasowały choroby epidemiczne, »dla zmniejszenia ich i wpływu nieczystego ducha« posyłano krzyże z relikwiami i rozkazywano przyjmować je duchowieństwu z ludem uroczyście, odprawiać nabożeństwa, wodą święcić ludzi i zwierzęta. Przyczyniało się to bardzo do rozpowszechnienia zarazy, gdyż krzyże z relikwiami obnoszono według ukazu po miastach zapowietrzonych, przy tłumach ludu, przyczem nakazywano zachowywać posty, modlić się i jak najliczniej przystępować do spowiedzi i komunii. Woda święcona była uważana za środek nietylko zapobiegawczy, ale i odkażający; tak n. p. gdy w r. 1660 w Streleckim umarła pewna tatarka, rozkazano miejsca, gdzie ona wymiotowała i umarła, wyskrobać, wymyć, a następnie wodą święconą pokropić. Tak było w Rosyi, gdy we Francyi ordonans z r. 1596 i następne zalecały wyłącznie domy zadżumione tylko odosabniać i w tym celu umieszczać na nich biały krzyż; w końcu XVI w. w Paryżu rozkładano stosy drew na ulicach dla oczyszczenia powietrza i odegnania zarazy. W Moskwie dla odkażenia oprócz okurzania d.wami jałowcowemi, okurzano octem, a wewnętrznie używano środków takich, jak pieprz, ocet, wódka. Z wywiadywaniem się o chorobach grasujących na granicy i w państwach sąsiednich połączone było w czasach późniejszych także zbieranie wiadomości czysto politycznego charakteru o rozkwaterowaniu wojsk w państwach sąsiednich, o politycznych stosunkach Polski, Francyi, Krymu, Turcyi i t. d.

Epizoocye należały w Carstwie Moskiewskiem do zjawisk zwykłych i obejmowały znaczne przestrzenie, sprawiając ludności ogromne straty ekonomiczne, jak księgosusz, pryszcz syberyjski, zapalenie nagminne płuc i t. d. Pierwszą wzmiankę o chorobach bydła znajdujemy w latopisie z r. 1264 w słowach »byst' welikij mor wo skotiech«. W w. XIV i XV epidemiom ludzkim zwykle towarzyszą zwierzęce, lecz ani o sposobach leczenia, ani o środkach zapobiegawczych przeciw zarazom bydlęcym wiadomości nie ma; spotyka się je zaledwie dopiero w początkach XVII w. W r. 1631 przekonano się w powiecie kołomieńskim, że pryszcz syberyjski udziela się od bydła ludziom. Od tego czasu Moskwa zarządza pewne środki ochronne przeciw szerzeniu się zarazy, wzbraniając zdejmować skóry z padłych zwierząt i dotykać się ich rękami. Trupy padłych zwierząt zakazywano rzucać na drogach, lub do wody, lecz kazano je zakopywać głęboko w ziemi, w miejscach oddalonych, aby dziki zwierz, lub psy nie mogły ich odgrzebać. Wykroczenia przeciw tym prawidłom karano więzieniem i knutami. Później już wprowadzono także środki ochronne przeciw chorobom zakaźnym u bydła i u ludzi, jak kordony i kwarantany. Pierwszy ukaz podobny wydano w r. 1629; surowość za niespełnianie »prykazów« dochodzi do kary śmierci. Od czasu do czasu objawiały się protesty ludu moskiewskiego, pogrążonego w niewoli, przeciw krwiożerczym i despotycznym prawom. W czasie zarazy na konie w r. 1848 w Rżewie donosi wojewoda do Moskwy, że rozkaz carski wymierzenia kary śmierci nie może być spełniony, gdyż Rżewianie odmówili z pośród siebie dostarczyć kata. Podobne protesty nie były rzadkie w obec kar, wymierzanych czarodziejom.

Ówczesna administracya moskiewska często nie odróżniała epidemicznych chorób ludzkich od zwierzęcych i brała jedne za drugie. W opisach niektórych chorób epizootycznych znajdujemy następujące określenia: »objawitsia na briuchie jabłoko i ot toho umirojut«, »puzdro (brzuch) puchniet«, »puzdro i gorło puchniet«, »objawitsia opuchol na grudi ili na puzdrie, a inoho znaku nikakoho niet i ot toj boliezni łoszadi padut« i t. d. Szerokiem rozkrzewieniem się epizoocyi i olbrzymiemi stratami ekonomicznemi, jakie przez nie powstawały, da się wytłómaczyć silny i nieustanny ruch mechanizmu kwarantano-policyjnego.

Wszystkie środki i prawa przeciw chorobom zakaźnym, zaprowadzone w okresie moskiewskim, pochodziły częścią z prze-

sądów ludowych, w części od przybyłych lekarzy cudzoziemców. Piotr I potwierdza rozporządzenia, wydane przez poprzednio panujących. Ukaz n. p. z r. 1771 nakazuje ludzi i ruchomości, przewożone z miejsc zapowietrzonych, zatrzymywać w kwarantanie od 21—42 dni; codziennie po zachodzie słońca wykurzać domy zapowietrzone bogatych »ładonem«, średnio-zamożnych jagodami jałowcowemi, a biednych drzewem jałowcowem lub słomą. Za grabież ruchomości z domów zapowietrzonych winnych należy karać śmiercią. Towary z miejsc zarażonych nakazano zatrzymywać w kwarantanie przez dni 15, przewietrzać i wykurzać: odzież i bieliznę wymyć, futra okurzać, wywietrzać i spryskiwać octem, listy i asygnacye pieniężne moczyć w occie i wysuszać, a następnie wysyłać dalej. Wszystkie więc prawa późniejsze co do policyi lekarskiej w Rosyi są wzorowane na epoce moskiewskiej. Jakby więc krytycznie odnosić się do pierwotnych środków epoki przedpiotrowej, bądź co bądź stały się one podwalinami nowo powstającego gmachu współczesnej medycyny społecznej w państwie rosyjskiem.

Rozpatrując ostatecznie środki, używane przez rządy moskiewskie do walki z chorobami zakaźnemi u ludzi i zwierząt, autor przytacza następne: 1) Odosobnienie chorych, budynków i całych okolic. 2) Rychłe grzebanie zmarłych zdala od miejsc zamieszkałych i źródeł wód służących do picia. 3) Odkażanie przez okurzanie, wymrażanie i nagrzewanie wszystkiego tego, co miało związek z zarazą.

Czasy późniejsze, a nawet współczesne, pomimo wzrostu nauk przyrodniczych, niewiele wniosły nowych pierwiastków dla walki z epidemiami. W tem tylko zauważyć się daje postęp, że posiadamy więcej i lepszych środków odkażających, a przyszłość niewątpliwie ich liczbę jeszcze pomnoży, choć sama zasada odkażania pozostaje niezmienioną. Odosobnienie praktykuje się obecnie, jak i przed wiekami, stając się wespół z odkażeniem podstawowym czynnikiem współczesnej policyi lekarskiej i osnową wiedzy, którą ludzkość zdobyła za pomocą empirki.

Troickosawsk, za Bajkałem. Październik, 1907.

Dr J. Talko-Hryncewicz.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Dnia 16. IX. b. r. na posiedzeniu Wydziału Izby lek. zach.-gal. odbyło się skrutynium z wyborów do Izby. Wybrani zostali następujący członkowie i ich zastępcy:

Z grupy I. (pow. Biała, Chrzanów, Wadowice, Żywiec): członkiem: Dr Jan Gawlik, zastępcą: Dr Wiktor Idziński.

Z grupy II. (pow. Bochnia, Limanowa, Myślenice, Kraków (z wyjątkiem miasta), Nowy Targ, Podgórze, Wieliczka): członkiem: Dr Wiktor Łodziński, zastępcą: Dr Kazimierz Służewski.

Z grupy III. (pow. Gorlice, Grybów, Jasło, Nowy Sącz): członkiem: Dr Tadeusz Kijas, zastępcą: Dr Bronisław Olszewski.

Z grupy IV. (pow. Brzozów, Dobromil, Krosno, Lisko, Sanok): członkiem: Dr Ludwik Ćwiklicer, zastępcą: Dr Karol Zaleski.

Z grupy V. (pow. Brzesko, Dąbrowa, Pilzno, Tarnów): członkiem: Dr Włodzimierz Rogalski, zastępcą: Dr Szymon Bernadzikowski.

Z grupy VI. (pow. Kolbuszowa, Mielec, Ropczyce, Rzeszów, Strzyżów): członkiem: Dr Stanisław Jabłoński, zastępcą: Dr Wojciech Fiałkowski.

Z grupy VII. (pow. Jarosław, Łańcut, Nisko, Przeworsk, Tarnobrzeg): członkiem: Dr Adolf Dietzius, zastępcą: Dr Antoni Sawicki.

Z grupy VIII. (miasto Kraków): członkami: Dr Adam Ackermann, Dr Wacław Damski, Dr Jan Landau, Dr Stefan Schoengut, zastępcami: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski, Doc. Dr Stanisław Dobrowolski, Dr Antoni Jabłoński, Dr Eljasz Stahr.

Emerytura lekarzy okręgowych. Wydział krajowy wniósł do Sejmu przedłożenie z wnioskiem ustawy krajowej, określające emeryturę dla lekarzy okręgowych, oraz zaopatrzenie wdów i sierót po lekarzach okręgowych. Przed opracowaniem przedłożenia odniósł się Wydział krajowy do wszystkich Wydziałów powiatowych z zapytaniem, czy i w jakim stosunku zechcą one przyczynić się do funduszu emerytalnego lekarzy okręgowych. Znamienita większość Wydziałów powiatowych zobowiązała się do udziału w funduszu w ilości 3% od płac tych lekarzy, płaconych przez powiaty. Kilka Wydziałów powiatowych uchwaliło nawet wprost emerytury z własnych funduszów. Emerytura w myśl wniosku Wydziału krajowego ma się odnosić do wszystkich lekarzy okręgowych, którzy w dniu otrzymania posady nie przekroczyli 40. rok życia, dotyczy także tych lekarzy, którzy mają uchwaloną emeryturę z funduszów powiatowych. Lekarzom okręgowym, mianowanym przed wejściem w życie tej ustawy emerytalnej mają być wliczone lata poprzednie służby, ale nie więcej, jak lat 10, o ile opłacą taksę nominacyjną w kwocie 100 koron i 3% wkładki za policzony czas służby.

Na fundusz emerytalny, którym zarządzać będzie Wydział krajowy, składają się: taksy nominacyjne, 3% wkładki od policzonych lat służbowych, 3% od ustanowionej płacy nominalnej lekarza, 3% opłat z funduszów powiatowych i 3% opłat z funduszu krajowego. Emeryturę pełną określono ilością 1000 koron, którą uzyskuje lekarz okręgowy po 35 latach służby, liczonych od dnia złożenia przysięgi. Emeryturę wogóle może otrzymać lekarz już po 5 latach służby, skoro wykonywanie służby wywoła u niego niemożność dalszego urzędowania, a wtedy otrzyma 40% pełnej emerytury, jakby po 10 latach służby. Po 10 latach służby otrzymuje 40% emerytury, za każdy następny rok służby zwiększa się emerytura o 2,4%. Gdyby lekarz z powodu pełnienia służby stał się zupełnie niezdolnym do zarobkowania, natenczas bez względu na ilość lat, spędzonych w służbie, otrzyma co najmniej emeryturę, przypadającą dopiero po 20 latach służby. Wdowy po lekarzach okręgowych otrzymają 50% płacy, jako minimalnej ustawą określonej, a sieroty do 24 roku życia 1/4 część pensyi wdowiej — w każdym razie ogólna kwota datków sierocych nie może przekraczać pensyi wdowiej. Wreszcie określono kwartał pośmiertny kwotą, odpowiadającą 25% pensyi minimalnej lekarza okręgowego.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 20. do 26. IX. 1908 urodziło się dzieci żywo 42, nieżywo 2; zmarło osób 52 (w tem obcych 19), z nich z gruźlicy 8 (4), zapalenia płuc 10 (1), płonicy 2 (1), duru brzusznego — (2). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 20. do 26. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 13 (w tem obcych 5), krztuśca 5 płonicy 8 (2), odry 9, duru brzusznego 5 (3). *Dr Sch.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dnia 23. IX. b. r. odbyło się posiedzenie pełnej Izby lek. zachodnio-gal., na którem: 1) Przewodniczący zdawał sprawę z czynności Rady honorowej i Wydziału; 2) zajmowano się sprawami obrad XIII. wiecu Izb, który odbędzie się w Pradze 29. i 30. b. m.; 3) Dr D. interpelował w sprawie wzywania przez sąd jako rzeczoznawców lekarzy wojskowych. Uchwalono odnieść się do Apelacyi lwowskiej; 4) następnie załatwiono szereg drobnych spraw.

— Dyrekcya Zakładu zdrojowo-kąpielowego Józefa i Emmy hr Załuskich w Iwoniczu przesłała na ręce skarbnika Towarzystwa Samopomocy lekarzy kwotę 150 K, złożoną przez grono gości przy uczcie pożegnalnej, urządzonej na cześć Dra Juliana Staniszewskiego. Za wspaniałomyślny dar składa Towarzystwo Samopomocy lekarzy w Krakowie serdeczne podziękowanie.

Lwów. Posiedzenie Wydziału Izby lek. wschodnio-galicyj. odbyło się dnia 18. września b. r., na którem: Uchwalono wnieść petycyę do Sejmu o przyznanie przy reformie wyborczej Izbom lekarskim galicyjskim prawo wyboru dwóch posłów jako reprezentantów stanu lekarskiego i zaproszenie na konferencyę lekarzy posłów celem omówienia wspólnie z Wydziałem Izby wniesionego przez Wydział krajowy projektu ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych — referentem do tej sprawy ostatniej wybrano Dra Festenburga. — Przedyskutowano porządek dzienny XIII. wiecu Izb, który się odbędzie w Pradze 29. i 30. b. m. i po odczytaniu pisma Ministerstwa pracy, zawiadamiającego o zamiarze zwołania ankiety celem podniesienia zdrojowisk austryackich, wybrano do tej sprawy referentem Dra Festenburga. — Odczytano kilka pism, jak w sprawie wymiaru emerytury chir. p. R. w S., Ministerstwa handlu w sprawie odmówienia pewnemu technikowi dentystycznemu rozszerzonej koncesyi i zapytań kilku lekarzy w sprawie honoraryów.

— Otrzymaliśmy z Izby lek. wschodnio-galicyjskiej następujące pismo:

»Z końcem października przystąpi Izba do rozdania reszty kwoty, przysłanej ze Związku Tow. lek. w sumie 1,492 koron. Uprawnione do otrzymania zapomogi wdowy i sieroty po lekarzach, którzy mieszkali w obrębie Izby lekarskiej wschodnio-gal. zechcą wnieść najdalej do 20. października b. r. należycie udokumentowane podania do Izby lekarskiej we Lwowie (ul. Dominikańska l. 11).

We Lwowie, dnia 25. września 1908.

Dr Festenburg,
prezydent Izby lek. wschod.-gal.«

— Doc. chirurgii Dr Maksymilian Herman otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego Uniwersytetu.

— Wydział krajowy zamianował Dra Piotra Kuśmierczyka, dyrektorem szpitala w Śniatynie.

— W skład sejmowej Komisyi sanitarnej weszli: jako przewodniczący: hr Gołuchowski, jako zastępca: Dr Jabłoński, sekretarz: Dr Jan Bednarski, członkowie: Dr Bernadzikowski, Cipser, Czaykowski, Federowicz, Gniewosz, Kraiński, Kurowicz, Dr Mars, Myroniuk-Zajaczuk, Sare, Sobolewski, Trzecieski.

Z różnych stron. Na tegorocznem posiedzeniu »British medical Association« w Sheffieldzie zamianowano honorowymi doktorami angielskimi obcokrajowców: Prof. Fuchsa z Wiednia, Prof. Tillmannsa z Lipska, Prof. Boncharda i Lucasa-Championnière z Paryża, Prof. Murphiego z Chicago.

— Na członków Komitetu międzynarodowego Towarzystwa do walki z rakiem wybrani zostali: Prof. Hohenegg (Wiedeń), Prof. Golgi (Padwa), Prof. Podwysocki (Petersburg); stałym prezesem honorowym: Prof. Leyden, prezesem: Prof. Czerny (Heidelberg), wiceprezesemi: Prof. Tierre Marie (Paryż) i Prof. Fibiger (Kopenhaga).

Mianowani: Kraus profesorem patologii ogólnej we Wiedniu; Schaffer profesorem histologii we Wiedniu; Piffl profesorem rynologii w Pradze (uniw. niem.).

Zmarli: Dr Aleks. Poehl, profesor chemiii lekarskiej w Petersburgu, twórca organoterapii, zmarł nagle w Berlinie; Dr Borkenhagen i Dr Muszkat w Warszawie.

Redakcya otrzymała: Krokiewicz: Ein Rückblick auf die Bauchtyphusfälle im letzten Dezennium. (Odb. z »Klin. therap. Wochenschrift«). — Tenże: Odczyn tuberkulinowy spojówkowy, a nowotwory rakowe. (Odb. z »Nowin. lek.«). — Tenże: Ueber die konjunktivale Tuberkulinreaktion. (Odb. z »Wien. klinische Wochenschrift«). — Janiszewski: Co każdy człowiek o gruźlicy wiedzieć powinien?

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w wrześniu 1908:

Gazeta lekarska Nr 34: Żebrowski: Mięsak ucha środkowego. Jaworski: Cardiopathia uterina. Handelsmann (c. d.). — Nr 35: Saks: Siedm przypadków cięcia kości łonowej. Handelsmann (dok.). — Nr 36: Jaszczurowicz: W sprawie rozpoznawania i leczenia rozszerzeń przełyku. Jakubowicz: Zaparcie nawykowe stolca w świetle fizyologii układu nerwowego. Saks (dok.). — Nr 37: Bregmann: Przyczynek do dyagnostyki ostrych spraw ogniskowych w rdzeniu przedłużonym. Jakubowicz (c. d.). Jaszczurowicz (c. d.). Zweigbaum: O cięciu nadłonowem szyjki macicy ciężarnej. — Nr 38: Szereszewska: Paciorkowce i pneumokoki. Jaszczurowicz (c. d.).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 35: Halpern: O siarce w przemianie materyi. Kopczyński (c. d.). — Nr 36: Zawadzki: Łatwy i szybki sposób przyrządzania preparatów mikroskopowych, zatopionych w parafinie, bez użycia termostatu. Kopczyński (c. d.). Halpern (dok.). — Nr 37: Goldbaum: O swoistych neurotoksynach. Daszkiewicz: O powikłaniach ze strony nerek po ospie wietrznej u dzieci. — Nr 38: Tuchendler: Anatomia i fizyologia odbytnicy i kiszki esowatej według badań rektoskopowych. Eiger: O niektórych własnościach krwi chorych na rozedmę płuc w okresie dyskompenzacyi. Dobrowolski Z.: Z kazuistyki gruźlicy krtani u dzieci.

Tygodnik lekarski Nr 35: Progulski: Zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci. Czyżewicz jun. (c. d.). Kohlberger (c. d.). — Nr 36: Rydygier jun.: Zapalenie wyrostka robaczkowego ze stanowiska chirurgicznego. Czyżewicz jun. (c. d.). Raczyński: W sprawie obecnej epidemii płonicy. Kohlberger (c. d.). — Nr 37: Hornowski: O nowotworach serca. Kohlberger (c. d.). — Nr 38: Hornowski (c. d.). Gońka: Sprawozdanie ambulatoryum dentystycznego Uniwersytetu lwowskiego. — Nr 39: Hornowski (c. d.). Szulisławski: O podspojówkowych pęknięciach twardówki pod wpływem urazów tępych.

Nowiny lekarskie Nr 9: Bartkiewicz: Zwichnięcie barku zastarzałe. Operacya krwawa. Krzyształowicz (c. d.). Rosenhauch (c. d.).

Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 6: Wernic: Twardziel skóry i akromegalia.

Kronika dentystyczna Nr 9: Klejn: Rzut oka na istotę i przyczyny przedwczesnej utraty zębów. Zieliński: O zastosowaniu szyn przy złamaniach szczęk.

Głos lekarzy Nr 17: Mikołajski: Kasy majsterskie. W sprawie lekarzy kolejowych. Desmoulis (c. d.). — Memoryał Izb lekarskich w sprawie partactwa leczniczego. Klęsk: O ile lekarze sami przyczyniają się do rozwoju partactwa leczniczego. Mikołajski: Reforma ubezpieczenia robotniczego. — Nr 18: Mikołajski: Walka Izb lekarskich z partaczami lekarskimi. Klęsk: W sprawie narad lekarskich. Klęsk: W sprawie ogłoszeń środków leczniczych w gazetach lekarskich. Klęsk: Stosunki lekarskie w Austryi.

Czasopismo lekarskie Nr 7 i 8. T. X.: Helmann (c. d.). Goldberg: Przyczynek do leczenia złamań powikłanych. Sterling: Duńskie uzdrojowiska nadmorskie. Jarosiński: Stanowisko i byt lekarza prowincyonalnego u nas. Sterling: Nieracyonalność badania chemicznego wód studziennych Łodzi, jako środka walki z cholerą.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.